



Nazwisko i imię:

Nr ks. głównej:

Nr pacjenta:

PESEL:

CIĘCIE

CESARSKIE

PG/I03/F9

str. 1/2

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIAŻY

METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży **metodą cięcia cesarskiego**:

.....

.....

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIAŻY

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha poprzecznie ponad spojeniem tonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem dziecka (dzieci) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszcycie mięśnia macicy oraz powłok brzucha.

Celem proponowanej operacji jest urodzenie dziecka/dzieci z pominięciem następujących czynników ryzyka związanych z porodem drogami natury:

.....

.....

Alternatywne metody leczenia

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebycie jednego cięcia cesarskiego nie uniemożliwia porodu drogami natury w następnej ciąży. Po dwóch lub więcej cięciach cesarskich proponujemy w kolejnej ciąży również cięcie cesarskie.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu Jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzeplin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się bardzo rzadko.

tu przytwierdzić formularz

5. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszej Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

.....
.....
zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego leczenia operacyjnego

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

6. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy w lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z

Panem/Panią dr

spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

Bez zastrzeżeń* / z powyższymi zastrzeżeniami* zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego:

.....
.....
.....
oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała i ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg operacyjny.

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
podpis pacjentki albo upewnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

* niepotrzebne skreślić